

и высокого риска. Кроме того, показано, что исключение наружного облучения в группах РБ низкого и среднего риска (кроме случаев с ретроламинарным распространением опухоли) не ухудшает БРВ.

### **Rezumat**

Autorii au elaborat un program special de tratament al retinoblastoamelor la copii, care include: operația chirurgicală, radioterapia, polichimioterapia intensivă cu transplantarea celulelor – stem periferice și tratamentul local. Supraviețuire fără recidive de 35 luni în 75% cazuri.

### **Summary**

The authors have elaborated a special program of treatment of retinoblastomas by children, which includes: surgery, radiotherapy, intensive polychemotherapy, high dose polychemotherapy with cell transplants (STEM cells) and local therapy.

The surviving without recurrence rate constitutes 45% with median following 35 month.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАННЕГО РАКА ГОРТАНИ**

**О.В. Черемисина, Е.Л. Чойнзонов, М.Р. Мухаммедов, О.В. Панкова,**  
ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск, Россия

В общей структуре онкологической патологии рак гортани составляет 2-4% и занимает 9-е место, а в структуре заболеваемости мужского населения - 4-е место. Ведущая роль в улучшении отдаленных результатов лечения и качества жизни больных раком гортани принадлежит возможности выявления опухолевого процесса на ранней стадии. В первую очередь, это достигается за счет визуализации минимально измененных участков слизистой оболочки органа с правильной интерпретацией полученных диагностических данных и достоверной морфологической верификацией опухолевых изменений.

Однако, несмотря на относительную доступность, простоту осмотра гортани в условиях современного развития эндоскопической техники, диагностические ошибки на догоспитальном этапе продолжают составлять 30-35%, а у госпитализированных пациентов 22,4-35%. Соответственно, рак гортани *in situ* выявляется не более чем в 2,3-6% случаев, I стадия — в 23,9%, тогда как запущенный рак (III-IV стадии заболевания) составляет до 55-60% от первично выявленных опухолей гортани. Это связано, в первую очередь, с отсутствием онкологической настороженности, должных диагностических навыков и четкого алгоритма ведения больных в общей лечебной сети у врачей терапевтов и оториноларингологов.

Ошибочная диагностическая тактика приводит к назначению неадекватного лечения больным с предраком и ранним раком гортани на протяжении длительного времени - от 2 до 8 месяцев. Зачастую «правильный» диагноз устанавливается лишь при развитии классической клинической картины рака гортани. Однако необходимо учитывать, что у 30-35% больных заболевание протекает бессимптомно и, следовательно, выявление у данного контингента процессов, относящихся к облигатному предраку, позволит отнести их в группу повышенного онкологического риска и проводить динамический контроль. Своевременная диагностика позволяет отказаться от обширных операций, более того в значительном числе случаев раннего рака гортани бывает достаточно проведения лучевой терапии в самостоятельном варианте с эффективностью, достигающей 85,7%, или различных вариантов органосохраняющих операций с эффективностью до 100%.

Известно, что злокачественный процесс не возникает в неизмененном эпителии, его развитию предшествует ряд последовательных трансформаций эпителиальных клеток

слизистой оболочки. Согласно классификации ВОЗ (2003) выделяют облигатный (с высокой вероятностью озлокачествления) и факультативный (с малой вероятностью злокачественного перерождения) предраки. По представленной классификации к облигатному предраку гортани относят хронический гиперпластический ларингит (ХГЛ), папилломатоз, лейкокератоз и пахидермию. К факультативному предраку - контактную фиброму, рубцовый процесс после ожогов и хронических специфических инфекций, таких как туберкулез, сифилис, склерома. К сожалению, несмотря на большой мировой и отечественный опыт в оптико-инструментальном обследовании верхних дыхательных путей, на сегодняшний день не существует единой эндоскопической классификации раннего ларингеального рака, что также затрудняет возможности своевременной диагностики раннего рака этой локализации.

В нашем институте в 2006 году разработана городская программа по формированию групп риска по развитию рака гортани. В рамках проведенного исследования совместно с городскими ЛПУ был обследован 61 пациент, находившийся на учете у оториноларингологов с хронической патологией гортани, с различными сроками диспансеризации. В исследуемую группу вошли пациенты с ХГЛ (31 больной), папилломатозом гортани и единичными папилломами (16 пациентов), различными доброкачественными образованиями

(7 человек) и 7 пациентов с сочетанным поражением гортани (ХГЛ и различные новообразования).

На этапе обследования в онкологическом стационаре проводилась фиброларингоскопия с биопсией и последующим комплексным морфологическим анализом, включавшим цито- и гистологическое исследование. Из этой группы больных, у 15 пациентов (24,6%) впервые был выявлен ранний рак гортани, в т.ч. I стадия процесса - у 10 больных, что составило 16,4%, и у 5 (8,2%) - II стадия. Кроме того, у 21 больного (34,4%) диагностированы диспластические (предопухолевые) изменения слизистой оболочки гортани различной степени тяжести, в т.ч. III (тяжелая) степень дисплазии, которая по современной классификации ВОЗ расценивается как облигатный предрак, выявлена у 8 больных (13,1%). Дисплазия II степени выявлена у 7 пациентов с ХГЛ, у 2 больных - с папилломами и у 1 - с доброкачественным образованием гортани (полип). Дисплазия I степени тяжести обнаружена при ХГЛ у 7 больных, при папилломах - у 2 и при доброкачественных новообразованиях - у 1 пациента.

Особо необходимо отметить, что 8 из 15 пациентов, у которых при эндоскопическом исследовании был выявлен рак, направлялись на специальное обследование с диагнозом хронический гиперпластический ларингит (ХГЛ), в 3 случаях рак развился на фоне доброкачественных новообразований гортани и в 4 случаях опухоль выявлена на фоне папилломатоза. У 2 пациентов с ХГЛ злокачественный процесс не имел даже эндоскопических проявлений и был диагностирован только по данным морфологического исследования. Во всех рассматриваемых случаях врачи общей лечебной сети не рассматривали возможность существования злокачественной опухоли гортани. Достаточно часто одновременно встречалась сочетанная патология со стороны слизистой оболочки гортани, чаще всего это были различные доброкачественные новообразования на фоне ХГЛ. В нашем исследовании таких случаев зарегистрировано - 7, причем в одном из них диагностирован плоскоклеточный рак и в одном - дисплазия эпителия I степени.

Пациенты, у которых была выявлена дисплазия слизистой оболочки гортани вошли в группу повышенного онкологического риска, для которых определены следующие сроки динамического наблюдения: при дисплазии I степени повторный эндоскопический осмотр с забором материала необходимо проводить 1 раз в течение года, при дисплазии II степени сначала через полгода, затем при сохранении исходной степени через год, при возрастании степени дисплазии до III степени, через 3 месяца и при III степени - через месяц и затем через 3 месяца. При строгом соблюдении сроков контрольного обследования удалось не только выявить начальные стадии рака у больных с исходными диспластическими изменениями III степени, но и провести им консервативное, органно-сохранное лечение - лучевую терапию

по радикальной программе с эффектом полной клинической и морфологической регрессией процесса.

Таким образом, фиброларингоскопия с морфологической поддержкой является высокоинформативным методом диагностики предраковых изменений и раннего рака гортани и должна обязательно включаться в диагностический алгоритм у больных с хронической ЛОР-патологией. Обязательным залогом успешной диагностики начальных проявлений злокачественного процесса в гортани у больных из группы риска является методический грамотный подход к забору биопсийного материала на морфологическое исследование, который следует производить из всех визуально измененных участков респираторного эпителия. Своевременная диагностика злокачественных новообразований этой локализации позволяет отказаться от органосохраняющих оперативных вмешательств, что существенно улучшает качество жизни этого контингента онкологических больных и их социальную реабилитацию, не снижая радикальности проведенного лечения.

### **Rezumat**

Autorii din oraşul Tomsk au elaborat în 2006 un program la nivel de oraş de evidenţiere a persoanelor cu risc de dezvoltare a cancerului laringian. În cadrul acestui program au fost investigaţi 61 de pacienţi care se aflau la evidenţa otorinolaringologului cu patologii cronice ale laringelui. La final autorii au ajuns la concluzia că fibrolaringoscopia cu biopsie şi examen morfologic este o metodă exactă de diagnostic diferenţial al afecţiunilor precanceroase şi al cancerului laringian precoce şi trebuie inclusă în algoritmul diagnostic al patologiilor laringelui.

### **Summary**

In 2006 the authors from Tomsk have elaborated a regional program in order to establish the persons at risk to develop laryngeal cancer. On this program have been investigated 61 patients, being under observation at the otorhinolaryngologists with chronic pathologies of the larynx. After considering, the authors have concluded: fiberoptic laryngoscopy with biopsy and morphologic analysis is the method of highly differential diagnostic for identification pre-cancer states and early laryngeal cancer and should be a part of laryngeal diagnostic management.

## **ОСНОВЫ ПЕРВИЧНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ДНА ПОЛОСТИ РТА**

**О.А. Ковалев, И.В. Вихлянов, А.Ф. Лазарев,**  
Алтайский филиал РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН,  
ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»,  
г. Барнаул, Россия

Опухоли дна полости рта составляют около 3,5% в онкологической заболеваемости. Большинство пациентов (до 55-67%) поступают на лечение с местно-распространенными опухолевыми процессами. Одним из основных методов лечения в данной ситуации является хирургический, однако выполнение оперативных вмешательств влечет за собой снижение качества жизни больных в связи с нарушениями функций жевания, глотания, фонации. В связи с этим актуальным является ранняя функциональная реабилитация больных с опухолями дна полости рта и ротового отдела глотки.

**Материалы и методы:** 35 больным после краевых резекций нижней челюсти по поводу местно-распространенного рака слизистой оболочки дна полости рта проведена первичная функциональная реабилитация посредством изготовления формирующих пострезекционных съемных пластиночных протезов.